

ZARZĄDZENIE WEWNĘTRZNE
DYREKTORA
ŚLĄSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W KATOWICACH
Nr 179/2015
z dnia 5 listopada 2015 r.

**w sprawie wprowadzenia zasad weryfikacji oferentów uczestniczących
w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 98 ust. 1 pkt. 4 oraz art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.) oraz § 17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980)

ZARZĄDZA SIĘ, CO NASTĘPUJE:

§ 1

1. W celu ujednoczenia sposobu postępowania wprowadza się do stosowania poniższe zasady weryfikacji oferentów uczestniczących w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Niniejsze zasady nie dotyczą świadczeń w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne.

§ 2

1. Zgodnie z obowiązującą w NFZ „Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, zwaną dalej „procedurą”, komisja może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym.
2. Komisja przeprowadza weryfikację oferentów zgodnie z zapisami § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz.1980).
3. W przypadku uzasadnionych wątpliwości Komisja może podjąć decyzję o przeprowadzeniu weryfikacji także u innych oferentów, niż wskazani w ww. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia.
4. W przypadku, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, komisja może odstąpić od obowiązku weryfikacji u oferentów, którzy dotychczas

nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie, na który została złożona oferta w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta, po uzyskaniu zgody dyrektora OW NFZ.

5. Przewodniczący komisji powołuje zespół lub zespoły do przeprowadzenia weryfikacji oferentów oraz podpisuje upoważnienia do przeprowadzenia weryfikacji. Wzór upoważnienia określony jest w procedurze.
6. Oferenta powiadamia się o zamiarze przeprowadzenia weryfikacji z co najmniej jednodniowym wyprzedzeniem pisemnie, za pośrednictwem faksu lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 262 oraz z 2014 r. poz. 1662), jeżeli oferent wyrazi zgodę na doręczanie pism w postępowaniu za pomocą tych środków, wskaże adres poczty elektronicznej, a doręczający uzyska niezwłocznie potwierdzenie doręczenia pisma na wskazany adres.

§ 3

Weryfikacja obejmuje następujące zagadnienia z uwzględnieniem specyfiki rodzaju i zakresu świadczeń:

- 1) Personel – weryfikacja następuje na podstawie oświadczeń (których wzory stanowią załączniki nr 1, 1a, 1b, 1c,) wymaganych od oferenta na etapie składania ofert w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W zależności od rodzaju świadczeń stosuje się odpowiednie wzory:
 - a) oświadczenia wymagane na etapie składania ofert – informacja przekazywana oferentom w formie komunikatu (wraz z załącznikami nr 1, 1a, 1b, 1c) publikowanego w dniu ogłoszenia konkursów ofert na stronie internetowej Śląskiego OW NFZ oraz szkoleniach dla oferentów organizowanych przez Śląski OW NFZ (jeśli są organizowane),
 - b) w sytuacji braku oświadczeń w ofercie (lub złożenia niekompletnych oświadczeń) wezwanie oferenta do uzupełnienia oferty pod rygorem jej odrzucenia - powołujące się na zapisy § 17 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980).
- 2) Pomieszczenia – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych odnośnie pomieszczeń przeznaczonych do realizacji świadczeń zdrowotnych i wykazanych w ofercie:

- a) adres miejsca realizacji świadczeń,
 - b) przeznaczenie, oznaczenie i liczba pomieszczeń,
 - c) potwierdzenie tytułu prawnego do korzystania z budynków, lokali lub pomieszczeń,
 - d) warunki sanitarno-higieniczne,
 - e) dostęp dla osób niepełnosprawnych,
 - f) dostosowanie pomieszczeń do warunków wymaganych,
 - g) dostosowanie pomieszczeń do warunków dodatkowo ocenianych.
- 3) Wyposażenie – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych odnośnie wyposażenia przeznaczonego do realizacji świadczeń zdrowotnych i wykazanego w ofercie:
- a) oznaczenie i liczba urządzeń, numery seryjne i zgodność numerów seryjnych podanych w ofercie ze stanem faktycznym. Weryfikacji podlega sprzęt i aparatura medyczna konieczna do realizacji świadczeń z zakresu, na jaki została złożona oferta w myśl przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w danym rodzaju świadczeń oraz sprzęt i aparatura medyczna podlegająca dodatkowej ocenie w myśl stosownego zarządzenia Prezesa NFZ.
 - b) dokumentacja techniczna (tzw. „paszport techniczny” lub inne dokumenty),
 - c) posiadane zgody lub decyzje dotyczące użytkowania, jeśli są wymagane.
- 4) Pojazdy medyczne (ambulanse drogowe) – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych oraz wyposażenia przeznaczonego do udzielania świadczeń, wykazanego w ofercie:
- a) sprawdzenie numeru rejestracyjnego, dowodu rejestracyjnego oraz świadectwa homologacji typu pojazdu,
 - b) sprawdzenie tytułu prawnego do korzystania z pojazdu (dowód zakupu, leasingu, użyczenia, itp.),
 - c) sprawdzenie wyposażenia pojazdu (paszporty techniczne, numery seryjne).
- 5) Zgodność udzielonych odpowiedzi ankietowych (w części dotyczącej dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo) ze stanem faktycznym.

§ 4

1. Wyniki weryfikacji odnotowuje się w protokole weryfikacji, którego wzór określony jest w procedurze.
2. W protokole w szczególności odnotowuje się stwierdzony w trakcie weryfikacji zastany stan faktyczny w zakresie elementów opisanych w § 3 niniejszej procedury. W przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym, a stanem przedstawionym w ofercie

zespół przeprowadzający weryfikację sporządza dokumentację fotograficzną dokumentów potwierdzających stwierdzone rozbieżności.

3. W protokole można także zawrzeć dodatkowe uwagi zespołu weryfikującego lub przedstawicieli oferenta.
4. Ustalenia poczynione w trakcie weryfikacji dokumentuje się w załącznikach do protokołu, których wzory stanowią załączniki nr 2-4 do niniejszego zarządzenia. Spełnianie poszczególnych wymagań lub posiadanie odpowiednich dokumentów potwierdza się wpisem lub poprzez zaznaczenie właściwej odpowiedzi przez obwiedzenie jej kółkiem i skreślenie odpowiedzi niewłaściwej.
5. Do protokołu weryfikacji można dołączyć kopie odpowiednich dokumentów potwierdzających tytuł prawny, spełnianie warunków, itp., jeśli nie zostały one złożone w ofercie. Dołączenie dokumentów odnotowuje się w protokole weryfikacji.
6. Protokół weryfikacji oraz załączniki, o których mowa w ust. 4, podpisują członkowie zespołu weryfikującego oraz przedstawiciele oferenta biorący udział w czynnościach weryfikacyjnych.
7. Dane ujęte w protokole weryfikacji wprowadzane są do modułu obsługi konkursu ofert.

§ 5

Zarządzenie podlega publikacji na stronie internetowej Śląskiego OW NFZ w sekcji „Kontraktowanie” na rok 2015 i lata następne, w dziale „zarządzenia i inne akty prawne o charakterze ogólnym”.

§ 6

Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikom: Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydziału Gospodarki Lekami oraz Wydziału ds. Służb Mundurowych, a także Rzecznikowi Prasowemu w zakresie wynikającym z § 5.

§ 7

Traci moc Zarządzenie wewnętrzne nr 54/2014 z dnia 5 marca 2014 r. w sprawie uszczegółowienia zasad prowadzenia kontroli świadczeniodawców uczestniczących w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 8

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Nazwisko oraz imię
składającego
oświadczenie
Pesel:

dnia.....

OŚWIADCZENIE

dotyczy postępowania nr: - na realizację świadczeń
w ramach umów w rodzaju:, w zakresie:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w(nazwa i adres oferenta), w tym w zakresie tygodniowego wymiaru zatrudnienia (z wyłączeniem godzin dyżurowych/ wraz z godzinami dyżurowymi*) przedstawionym w ofercie, wynoszącym:

.... godzin minut – w poradni*:,

.... godzin minut – w oddziale*:

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie

*Niepotrzebne skreślić

nazwa
oferenta
(pieczęć)

Załącznik nr 1a do Zarządzenia Wewnętrznego

Nr 179/2015 z dnia 05.11.2015 r.

OŚWIADCZENIE

dotyczy postępowania nr: - na realizację świadczeń w ramach umów w rodzaju:....., w zakresie:
.....

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy, w tym w zakresie tygodniowego wymiaru zatrudnienia (z wyłączeniem godzin dyżurowych/ wraz z godzinami dyżurowymi*) przedstawionym w ofercie wynoszącym:

lp	Nazwisko oraz Imię	Nr Pesel	tygodniowy wymiar zatrudnienia w oddziale (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia w oddziale (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia w poradni (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia w poradni (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	Podpis
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

.....
podpis i pieczęć Dyrektora (lub
osoby upoważnionej)

*Niepotrzebne skreślić

Nazwisko oraz imię
składającego
oświadczenie
Pesel:

dnia.....

OŚWIADCZENIE

dotyczy postępowania nr: - na realizację świadczeń
w ramach umów w rodzaju:, w zakresie:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w(nazwa i adres oferenta), w tym w zakresie harmonogramu pracy (z wyłączeniem godzin dyżurowych/ wraz z godzinami dyżurowymi*) przedstawionym w ofercie, wynoszącym:

.... godzin minut – w poradni*:,

.... godzin minut – w oddziale*:

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie

*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1c do Zarządzenia Wewnętrznego

nazwa
oferenta
(pieczęć)

Nr 179/2015 z dnia 05.11.2015 r.

OŚWIADCZENIE

dotyczy postępowania nr: - na realizację świadczeń w ramach umów w rodzaju:....., w zakresie:
.....Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy, w tym w zakresie harmonogramu pracy (z
wyłączeniem godzin dyżurowych/ wraz z godzinami dyżurowymi*) przedstawionym w ofercie wynoszącym:

lp	Nazwisko oraz Imię	Nr Pesel	tygodniowy wymiar zatrudnienia w oddziale (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia w oddziale (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia w poradni (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia w poradni (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	Podpis
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

.....
podpis i pieczęć Dyrektora (lub
osoby upoważnionej)

*Niepotrzebne skreślić

Nr postępowania
 Nr oferty
 Kod oferenta
 Nazwa oferenta
 Siedziba oferenta
 Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego
 Adres miejsca wykonywania świadczeń
 Warunki higieniczno-sanitarne TAK/NIE

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Wewnętrznego
 Dyrektora Śląskiego OW NFZ Nr
 z dnia

**Załącznik nr 2 do protokołu weryfikacji oferenta w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej
 Weryfikacja pomieszczeń**

L.p.	Oznaczenie pomieszczenia	Liczba	Tytuł prawny		Decyzja Sanepidu		Dostosowanie pomieszczeń do warunków wymaganych			Dostosowanie pomieszczeń do warunków dodatkowo ocenianych			Uwagi
			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
1			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
2			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
3			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
4			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
5			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
6			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
7			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
8			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
9			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
10			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	

Podpisy przedstawicieli oferenta

1.
 2.
 3.

Podpisy członków zespołu weryfikującego

1.
 2.
 3.

Nr postępowania
 Nr oferty
 Kod oferenta
 Nazwa oferenta
 Siedziba oferenta
 Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego
 Adres miejsca wykonywania świadczeń.....

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Wewnętrznego
 Dyrektora Śląskiego OW NFZ Nr
 z dnia.....

**Załącznik nr 3 do protokołu weryfikacji oferenta w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej
 Weryfikacja wyposażenia i pojazdów**

L.p.	Oznaczenie wyposażenia	Nr seryjny/rejestracyjny	Dokumentacja techniczna (tzw. "paszport techniczny" lub inne dokumenty)			Zgodność nr seryjnego podanego w ofercie ze stanem faktycznym		Posiadane zgody lub decyzje dot. użytkowania, jeśli są wymagane			Uwagi
			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
1			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
2			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
3			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
4			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
5			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
6			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
7			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
8			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
9			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
10			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	

Podpisy przedstawicieli oferenta

1.
 2.

Podpisy członków zespołu weryfikującego

1.
 2.

Nr postępowania
Nr oferty
Kod oferenta
Nazwa oferenta
Siedziba oferenta
Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego
Adres miejsca wykonywania świadczeń.....

Załącznik nr 4 do Zarządzenia Wewnętrznego
Dyrektora Śląskiego OW NFZ Nr 179/2015
z dnia 05.11.2015 r.

**Załącznik nr 4 do protokołu weryfikacji oferenta w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń
opieki zdrowotnej**

Weryfikacja ankiety w części dotyczącej dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo

Lp.	Pytanie ankietowe	Udzielona odpowiedź	Zgodność ze stanem faktycznym	
			TAK	NIE
			TAK	NIE
			TAK	NIE
			TAK	NIE

Podpisy przedstawicieli oferenta

1.
2.

Podpisy członków zespołu weryfikującego

1.
2.